

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

185

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 février 1898, à 1 heure

Par PAUL ROBIN

Né à Versailles, le 20 septembre 1872

Ancien interne des hôpitaux de Rennes

Chef de clinique médicale à l'école de médecine de Rennes.

TUMEURS FIBREUSES

DU

MUSCLE STERNO-MASTOÏDIEN

CHEZ UN NOUVEAU-NÉ

(MYO-SCLÉROSE)

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : MM. BOUCHARD, professeur.

MENETRIER,

LETULLE,

} *agréés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 février 1898, à 1 heure

Par PAUL ROBIN

Né à Versailles, le 20 septembre 1872

Ancien interne des hôpitaux de Rennes

Chef de clinique médicale à l'école de médecine de Rennes.

TUMEURS FIBREUSES

DU

MUSCLE STERNO-MASTOÏDIEN

CHEZ UN NOUVEAU-NÉ

(MYO-SCLÉROSE)

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : MM. BOUCHARD, professeur.

MENETRIER,

LETULLE,

} *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

—
1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON
Clinique d'accouchements.....	{ N...
	{ PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA TOURETTE	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN:	POIRIER, Chef de tra-	VARNIER.
BROCA.	HEIM.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

185

MEIS ET AMICIS

131

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CORNIL

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
SÉNATEUR DE L'ALLIER

INTRODUCTION

On rencontre assez fréquemment dans le muscle sternomastoïdien des nouveau-nés des tumeurs de volume variable, occupant tout ou partie de la gaine musculaire, de consistance très ferme, souvent cartilagineuse, presque toujours indolentes, et qui disparaissent au bout d'un temps plus ou moins long, sans traitement. Peu nombreux sont les documents permettant une étude raisonnée de ces tumeurs, puisque nous ne trouvons relatées dans la science que quatre autopsies, dont une seule a été suivie d'un examen histologique.

Néanmoins, les auteurs qui se sont occupés de la question, l'envisagent sous deux formes principales. Pour les uns, il faut incriminer une manifestation de la syphilis héréditaire dans la production de ces tumeurs. Pour les autres elles sont le résultat d'un traumatisme portant sur le muscle pendant l'accouchement, traumatisme occasionnant une rupture des fibres musculaires ou des vaisseaux, d'où production d'un hématome, ou seulement une irritation consécutive à un tiraillement du muscle, d'où inflammation du tissu conjonctif, et production d'une myosite fibreuse. L'hématome, en s'organisant, peut donner lieu à ce dernier processus.

Nous devons à M. le Docteur Perrin de la Touche, professeur d'Histologie à l'Ecole de Médecine de Rennes, l'observation de deux tumeurs analogues comme siège à celles qui ont été décrites jusqu'à nos jours. Nous lui sommes très reconnaissant d'avoir bien voulu nous confier la

publication de cette observation et nous le remercions vivement de nous avoir prêté l'appui de son expérience et de ses conseils.

En faisant dans un premier chapitre l'historique de l'étude de ces tumeurs, nous retrouverons les partisans de la pathogénie syphilitique et les auteurs qui considèrent ces indurations comme consécutives à un trauma de l'accouchement : ces derniers se partageant en deux camps bien tranchés : les uns affirment que ces tumeurs sont des hématomes musculaires, les autres qu'il ne s'agit que d'un processus d'irritation.

Avant de produire notre observation pour la comparer aux descriptions de tumeurs analogues données avant nous, nous rappellerons, dans un chapitre spécial, l'anatomie pathologique des différentes formes de ces tumeurs, que nous aurons rencontrées dans notre historique : myosite syphilitique, myosite scléreuse, hématome musculaire.

Il nous reste, avant d'aborder notre travail à remercier publiquement les maîtres dont les conseils et les exemples nous ont guidé, au cours de nos études médicales.

M. le Docteur Delacour, Directeur de l'Ecole de médecine de Rennes, nous [a toujours, et surtout dans des circonstances particulièrement pénibles, témoigné la plus affectueuse bienveillance ; qu'il daigne agréer ici l'assurance de notre respectueuse reconnaissance.

M. le Docteur Dayot fils, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, nous a donné les preuves du plus grand intérêt, pendant le temps trop court que nous avons passé dans son service. Il voudra bien croire à notre vive gratitude.

Nous avons été l'interne, et sommes actuellement le chef

de clinique de M. le Docteur Bertheux ; les marques nombreuses d'affection que nous a données et nous donne encore notre maître ne sont pas allées à un ingrat ; c'est avec bonheur que nous continuerons à suivre son enseignement si complet, espérant qu'un jour, il nous sera donné de pouvoir nous acquitter envers lui.

Que MM. les Docteurs Aubrée, Bellamy, Bruté de Rémur, Perret, Lefeuvre, Le Moniet, Bodin, Blin et Follet, agréent nos sentiments de reconnaissance pour tous les bons conseils qu'ils savent prodiguer à leurs élèves.

En venant à Paris, nous avons trouvé chez M. le Docteur Ferrand, de l'Académie de médecine, un accueil des plus bienveillants ; nous le prions ici, de croire à notre respectueux et entier dévouement.

Notre parent et ami, M. le Docteur Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine, a bien voulu nous faciliter notre travail en nous ouvrant les trésors confiés à sa garde. Il sait combien nous lui sommes reconnaissant de son affectueuse hospitalité, et quel souvenir nous en emportons.

Grâce au pinceau d'artiste de notre excellent ami, M. le Docteur Oberthür, notre thèse s'est enrichie de deux figures très démonstratives. Nous le remercions bien vivement d'avoir, avec tant d'empressement, mis son talent à notre disposition.

M. le Professeur Cornil nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; il voudra bien croire à notre respectueuse reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552227_0017

CHAPITRE PREMIER

Historique.

C'est en 1830 qu'il faut remonter, d'après Bohn (1), pour trouver dans la science mention des tumeurs siégeant dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien des nouveau-nés, et c'est à Dielfenbach qu'il faudrait attribuer l'honneur d'avoir, le premier, signalé l'existence de ces tumeurs.

Néanmoins, ce n'est qu'en 1861 que nous trouvons un mémoire de Giovanni Melchiori (de Monzambano) (2) attirant l'attention sur une induration du muscle sterno-mastoïdien, et qui se manifeste quelques jours après la naissance.

« Cette induration, dit-il, consiste en une tuméfaction dure existant toujours d'un seul côté seulement et occupant toute l'étendue du sterno-mastoïdien, moins ses insertions, ou une partie de sa longueur. La lésion paraît être nettement circonscrite dans l'intérieur de la gaine du muscle, et le tissu cellulaire ambiant y est complètement étranger. La pression est douloureuse ; lorsque l'enfant imprime des mouvements à sa tête il manifeste de la souffrance et pousse des cris. La tête, au repos, reste fléchie sur la poitrine.

« Il semble qu'il y ait là, le résultat d'une exsudation inflammatoire, se produisant dans l'épaisseur même du muscle, exsudation qui se produit sous forme de nodosités circon-

(1) BOHN, *Deutsche Klinik*, 1864.

(2) MELCHIOR, *Gazetta medica Italiana, Provincia Sarde*, 1861.

crises, du volume d'une noisette, d'une noix muscade ou au delà, ou qui arrive par la confluence des lésions circonscrites à occuper toute la longueur du muscle, auquel elle donne une apparence fusiforme. Jamais cette affection ne laisse derrière elle d'altération du tissu musculaire, elle se dissipe toujours complètement et le muscle affecté ne présente plus tard aucune anomalie ni dans ses fonctions ni dans son développement. »

Mais l'auteur ne donne rien de précis sur la nature de cette affection, et les observateurs se succèdent apportant de nouveaux faits identiques, sans en tirer d'autre conclusion que leur parfaite innocuité.

Nous citerons Wilks (1) qui observe à The Royal Infirmary for Children 3 cas de tumeur sterno-mastoïdienne chez des nouveau-nés de 9, 7 et 2 semaines.

Labalbary (2) qui, l'année précédente, publiait dans la *Gazette des hôpitaux* l'observation d'un enfant de 3 semaines portant dans son sterno-mastoïdien une induration circonscrite de la grosseur d'une noix et de forme oblongue, et devenant plus saillante par suite des cris et des efforts de l'enfant.

Mentionnons également le cas de Wm J. Harris dans lequel le gonflement occupe le tiers moyen du sterno-mastoïdien droit.

Puis vient Paget (3) qui rapporte l'histoire de deux enfants de deux semaines chez lesquels l'induration a spontanément disparu, pour l'un en six mois, pour le second en un an.

En 1874, pour la première fois, un Anglais, F. Taylor, émet l'idée que la syphilis congénitale pourrait bien être le point

(1) WILKS, *The Lancet*, 1862, p. 157.

(2) LABALBARY, *Gazette des hôpitaux*, décembre 1862.

(3) PAGET, *The Lancet*, 1865.

de départ des tumeurs du sterno-mastoïdien chez les nouveau-nés, et publie l'examen histologique qu'il a pu faire d'une de ces tumeurs. Voici cette observation (1) :

« L'enfant qui présentait cette induration du sterno-mastoïdien fut observé pour la première fois à l'âge de 4 semaines.

Il présentait alors une éruption syphilitique en même temps que la tumeur. La syphilis était hors de contestation chez les parents.

Pendant que les manifestations syphilitiques s'amélioraient sous l'influence du traitement mercuriel, l'enfant mourut d'une broncho-pneumonie. A l'autopsie on sentit une masse nodulaire dure, au-dessous de la peau, occupant la moitié inférieure du muscle, et mobile sous la peau.

A la dissection on constate que le muscle était totalement isolé des tissus voisins ; l'extrémité sternale était seule indurée, et l'induration, à l'œil nu, présentait les caractères du tissu musculaire seulement.

Au microscope, cependant, les parties les plus denses parurent formées presque exclusivement de tissu fibreux blanc (white fibrous tissue), dont les éléments s'étendaient au delà des limites de l'induration, séparant et isolant les fibres musculaires.

Il y avait aussi une notable augmentation du tissu fibreux dans la portion claviculaire du muscle.

Dans aucun point on ne peut découvrir d'éléments cellulaires jeunes ; tous étaient à l'état de fibrilles. »

Parmi les explications données sur l'origine de ces tumeurs, Taylor rappelle que certains auteurs les ont attribuées à des violences au moment de l'accouchement, d'autres les considérant comme de nature syphilitique.

(1) F. TAYLOR, *Med. Times and Gazette*, 28 novembre 1875, *Revue des Sc. méd.*, 1875, t. V, p. 629.

« Dans le cas présent, dit-il, la syphilis était certaine et l'enfant était venu par le siège les mains relevées au-dessus de la tête ; la dissection n'a pas montré traces d'hémorragies ni d'adhérences autour du muscle, et l'examen microscopique ne concorde pas avec l'idée d'une lésion inflammatoire. »

Dans cette observation l'idée d'origine syphilitique n'est guère, nous semble-t-il, basée que sur les manifestations cutanées de la diathèse que présentait l'enfant en même temps que sa tumeur, car l'examen histologique ne conclut pas absolument en faveur d'une myosite syphilitique.

Clarke (1), et après lui Lebreton (2) qui le cite dans sa thèse, rapporte un cas qu'il attribue à la syphilis :

« Un enfant âgé de 2 mois présentait au cou une tumeur volumineuse qui paraissait siéger dans le muscle sterno-mastoïdien. Au dire de la mère la tumeur date d'un mois et est apparue brusquement le lendemain d'une chute due à l'imprudence de la nourrice. La respiration est normale ; nulle trace de syphilis. Deux mois après, l'enfant est revu. La tumeur n'a pas varié, et n'est, ni rouge ni douloureuse. Quelques semaines auparavant on avait constaté sur les fesses une éruption rouge sèche qui avait persisté un mois et avait en partie disparu sans traitement. Il en restait encore assez pour que M. Hutchinson pût croire à la syphilis ; quelques traces d'érythème au cou venaient à l'appui de ce diagnostic. Cet enfant était par ailleurs en très bon état ; sa mère paraissait très saine et n'avait jamais eu de fausses couches : elle en était à son premier enfant. »

Ce sont là les deux seules observations que nous ayons pu

(1) CLARKE, *Med. Times and Gazette*, 1^{er} février 1873 et *Revue des sciences médicales*, 1873, p. 243.

(3) LEBRETON, thèse Paris, 1882-83, n^o 297.

retrouver parlant de l'origine syphilitique des tumeurs qui nous occupent.

Plus nombreux sont les auteurs qui leur assignent pour cause le trauma obstétrical.

Les partisans de la formation des tumeurs sterno-mastoïdiennes à la suite d'un traumatisme pendant l'accouchement se partagent, avons-nous dit, en deux camps bien tranchés : les uns admettent la rupture des fibres musculaires et la formation d'un hématome, hématome qui subit une transformation fibreuse ; les autres ne veulent voir qu'une simple contusion du muscle, un tiraillement de ses fibres et une irritation du tissu conjonctif, consécutive à ce tiraillement. Nous allons passer en revue les travaux de ces différents auteurs.

Tardeus, dans un mémoire publié à Bruxelles (1), appelle l'affection qui nous occupe « trachœlhématome » et en fait l'analogue du céphalhématome. Il s'appuie sur 15 observations et sur un travail d'Hénoch (2) basé sur 21 observations personnelles. Avec Weber (3) il donne une étiologie de ces tumeurs.

« L'accouchement imprime aux muscles du dos et par conséquent aux muscles du cou une coloration rouge très intense par suite d'un obstacle à la circulation du sang. Des hémorrhagies peuvent aussi se produire lorsque l'enfant trouve une résistance plus considérable. »

Cette théorie, peu admissible, n'a, à notre avis, qu'un in-

(1) TARDEUS, Considérations générales sur le trachœlhématome, ou tuméfaction circonscrite du sterno-mastoïdien chez les nouveau-nés. *Journal de médecine de Bruxelles*, 1882, p. 318.

(2) HÉNOCH, *Vorlesungen über Kinder Krankheiten*. Berlin, 1881, p. 34.

(3) WEBER, *Beiträge zur pathologische Anatomie der Neugeborenen*, 1881.

térêt purement historique. Tardeus, sans s'y arrêter, incrimine, avec Hénoch les présentations du siège, nécessitant de fortes tractions sur les épaules pour dégager la tête (14 cas de ce dernier auteur) ou des présentations crâniennes avec des difficultés pour extraire les épaules (5 cas d'Hénoch). Pour les observations qu'il rapporte, on trouve 6 accouchements par le siège, 4 présentations du sommet avec accouchement facile, une seule application de forceps.

A l'appui de sa théorie, il relève trois autopsies du professeur Skrezczka de Vienne qui a constaté les altérations suivantes :

1^{er} CAS. — Le bord antérieur de muscle est d'abord pris pour une veine distendue, mais après l'avoir mis à nu, on vit que la portion interne était recouverte d'une mince couche de sang foncé et épaissi. Cette couche se perdait insensiblement vers les attaches sternales et mastoïdiennes du muscle qui étaient absolument normales.

La portion externe du muscle était libre. Un épanchement semblable siégeait dans le sterno-mastoïdien droit. L'examen histologique n'est pas fait.

2^e ET 3^e CAS. — Dans ces deux cas, l'épanchement se trouvait au-dessous de la gaine musculaire du sterno-mastoïdien droit et occupait la moitié interne de sa largeur.

La lésion primitive est donc une hémorrhagie dans la substance musculaire. Une partie du liquide épanché se résorbe. Ce qui reste donne lieu à un travail d'inflammation, suivi de la production d'un tissu conjonctif nouveau.

Les cas de Skrezczka sont donc probants au sujet de la formation d'un hématome intra-musculaire, possible en certains cas, mais difficile à admettre dans les cas d'accouche-

ment facile et d'après certaines observations publiées par Tardeus lui-même.

Voici une de ces observations; nous avons cité, ou citerons les autres en d'autres points de notre travail, où elles sont, nous semble-t-il, mieux à leur place.

FASBENDER (1). — Femme 28 ans; bassin rétréci; trois enfants mort-nés; on fait une version pour le quatrième. Au moment de la naissance l'enfant ne présente d'autres traces de lésion qu'une empreinte sur le pariétal gauche; mais au bout de quelques heures, on voit apparaître au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire droite, une tumeur pâteuse, bleuâtre, de la grosseur d'un œuf de poule et s'étendant en haut suivant la direction du sterno-mastoïdien. La tête est inclinée sur le côté gauche. La tumeur, sur laquelle on fit des applications froides cessa de s'accroître. Puis elle diminua peu à peu, mais la tête garda son attitude vicieuse. L'enfant mourut au bout de trois semaines; pas d'autopsie.

Comme Tardeus, Le Breton (2), admet dans sa thèse l'idée de l'hématome du sterno-mastoïdien, et est partisan de la théorie du traumatisme et de la rupture musculaire, et les quatre observations qu'il rapporte, dues à Launois (3) donnent quatre accouchements très pénibles par le siège (l'un d'eux a duré 86 heures). Les tumeurs sont volumineuses, peu ou pas douloureuses, et chez deux des enfants avaient déterminé une inclinaison de la tête du côté sain.

Partisans exclusifs de leur théorie, ces deux auteurs n'admettent l'intervention de la syphilis dans la formation de

(1) FASBENDER, *Berlin. klinisch Wochenschrift*, 1873, n° 25 et *Revue des Sciences médicales*, 1873, t. II, p. 741.

(2) LE BRETON, *Etudes sur une variété de tumeurs du cou chez les nouveau-nés*, thèse de Paris, 1882-83, n° 297.

(3) LAUNOIS, *Revue des maladies de l'enfance*, mars 1883.

ces tumeurs, qu'à cause des lésions produites sur les vaisseaux par cette diathèse, lésions qui permettent à ces derniers de se déchirer plus facilement.

En 1885, Hénoch (1) cite des cas de tumeurs sterno-mastoïdiennes chez les nouveau-nés, et leur donne également le nom d'hématomes ; il donne 16 cas de présentations du siège, et 5 cas d'accouchement difficile, par le sommet.

A côté de ces partisans de l'hématome consécutif à une rupture du muscle pendant l'accouchement on rencontre des auteurs, qui admettent le traumatisme, mais nient la rupture musculaire, et par conséquent la notion de l'épanchement sanguin.

En 1876, Planteau, interne de Blachez (2), faisait un mémoire portant sur trois cas observés dans son service ; et Traisnel reprenait cette étude dans sa thèse (3).

D'après eux, c'est dans une contusion, un frottement, un tiraillement du muscle qu'il faut chercher le point de départ du mal. Les trois enfants dont ils relatent l'histoire étaient nés en présentation du siège. L'accouchement, par conséquent, a été laborieux, car l'extraction de la tête a duré une demi-heure chez le premier ; chez les autres, elle a également exigé des tractions longues et laborieuses, le second était en état de mort apparente au moment de sa naissance. Mais les deux auteurs insistent sur ce fait que la tumeur ne s'est pas produite aussitôt après la naissance, comme cela aurait eu lieu dans l'hypothèse d'une rupture de fibres musculaires avec épanchement de sang. Elle ne s'est manifestée, au con-

(1) HÉNOCH, *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, 1885, p. 31.

(2) BLACHEZ et PLANTEAU, *Gazette hebdomadaire*, 1876, p. 305.

(3) FRAISNEL, Thèse Paris, 1876, n° 274.

traire, que 15 jours ou trois semaines après l'accouchement ; ils en concluent qu'elle a été le résultat d'un tiraillement des fibres du sterno-mastoïdien, occasionné par des tractions exagérées de l'accoucheur, et surtout par des tractions inégales faites par lui pendant la manœuvre de Moriceau. Voici d'ailleurs les conclusions de leur mémoire :

1° A la suite de l'extraction de l'enfant dans les présentations pelviennes, on peut voir se produire dans le muscle sterno-mastoïdien des tumeurs qui paraissent être de nature fibreuse.

2° Ces tumeurs sont dues à une myosite interstitielle, produites par des tractions exagérées exercées sur le muscle sterno-mastoïdien.

3° Ces tumeurs n'ont aucun rapport avec la syphilis.

Cette théorie paraît bien répondre à la grande majorité des cas, sauf ce fait que l'on trouve quelques observations où l'induration a existé en dehors de tout accouchement difficile ; mais, ce qui est à noter, c'est que, presque toujours, la tumeur n'est remarquée qu'un certain temps après la naissance. Nous donnons ici quelques observations relevées dans le mémoire de Tardeus et qui nous paraissent plutôt rentrer dans la théorie de Blachez.

OBS. I. — BOHN (1). Accouchement gémellaire, — le second enfant, en présentation du tronc se dégage spontanément en siège. — Trois semaines après, la mère constate une tumeur dure grosse comme le pouce dans le sterno-mastoïdien droit. La tumeur a diminué au bout de 9 semaines, et a disparu en 5 mois 1/2.

OBS. II. — PERATÉ (2). Accouchement par le sommet en 1^{re} posi-

(1) BOHN, *Deutsche Klinik*, 1864, mémoire de TARDEUS, *loc. cit.*

(2) PERATÉ, *Gazette hebdom.*, 1876, p. 329, mémoire de TARDEUS, *loc. cit.*

tion. — On applique le forceps à la période d'expulsion, et on imprime des mouvements de latéralité qui ont pu tirailler les sterno-mastoïdiens ; trois semaines après la naissance, on constate dans le sterno-mastoïdien *gauche* une tumeur, pour laquelle le professeur Gosselin fit le diagnostic de myosite. Les parents n'étaient pas syphilitiques et l'enfant paraissait bien constitué. Il avait seulement une légère inclinaison de la tête à droite.

OBS. III. — CHARON (1). Accouchement prompt par le sommet et sans forceps ; 15 jours après l'accouchement, la mère a remarqué que l'enfant avait une déviation de la tête à gauche comme s'il y avait torticolis ; on trouve dans le sterno-mastoïdien *gauche* une tumeur cylindrique, longue de 3 ou 4 centimètres et présentant la dureté du cartilage.

OBS. IV. — LEBRUN (2). Accouchement par le sommet ; fortes tractions pour dégager les épaules ; 15 jours après son accouchement la mère a constaté une tumeur dans le muscle sterno-mastoïdien *gauche* ; l'enfant est vu à trois mois ; la tumeur est fusiforme et très dure ; les mouvements du cou sont conservés ; pas d'antécédents syphilitiques.

OBS. V. — LEBRUN (3). Accouchement par le siège, très laborieux ; l'enfant est vu à 1 mois, la tumeur siège à droite et occupe toute la gaine du muscle ; les mouvements du cou sont conservés. Pas de syphilis.

OBS. VI. — TARDEUS (4). Accouchement facile en sommet. L'enfant est vu à quatre semaines, la tumeur a été constatée par la mère 15 jours auparavant ; il n'y a pas de déviation de la tête, et l'enfant ne paraît pas incommodé par sa tumeur qui siège à droite ; pas de syphilis.

D'après ces 6 observations, nous pouvons constater que la

(1) CHARON, *Journal de médecine de Bruxelles*, nov. 1875 ; mémoire TARDEUS, *loc. cit.*

(2) LEBRUN, *Journal de médecine de Bruxelles*, 1880, p. 353 ; mémoire TARDEUS, *loc. cit.*

(3) LEBRUN, *loc. cit.* 1881, p. 140.

(4) TARDEUS, *loc. cit.*

tumeur se manifeste environ 15 jours après la naissance, et qu'elle peut suivre un accouchement facile.

D'ailleurs un auteur anglais, Arnott (1) avait rapporté huit observations de tumeurs analogues, constatées environ trois semaines après la naissance, chez des enfants jusque-là sains en apparence. Les accouchements avaient été normaux, et, dans aucun des cas, il n'avait trouvé de traces de syphilis.

Malheureusement, qu'il s'agisse de syphilis, d'hématome ou de myosite interstitielle, bon nombre de cas restent obscurs, par suite du manque d'examen histologique. Tout ce qu'on peut avancer, c'est qu'en général ces tumeurs ne sont pas graves, malgré certaines observations (une entre autres, citée par Henoeh) où elles ont pu devenir le point de départ d'un torticolis congénital, comme le fait aussi remarquer M. Walther (2).

En résumé, jusqu'à nos jours, les tumeurs du sterno-mastoïdien des nouveau-nés, ont été considérées comme provenant de deux grandes causes : la syphilis congénitale et le traumatisme obstétrical. Ce dernier agent donne lieu à deux manifestations : ou bien le traumatisme est assez fort et alors il y a rupture musculaire et production d'un hématome qui se transformera et s'organisera plus tard ; ou bien n'occasionnant qu'une simple contusion, un simple tiraillement du muscle, il sera le point de départ d'une irritation retentissant sur le tissu conjonctif, et déterminant son hyperplasie. Des

(1) ARNOTT, *St-Thoma's hospital reports*, 1874, p. 175 et *Revue des sciences médicales*, 1875, t. VI, 2^e fasc., p. 557.

(2) WALTHER, *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, Art. Torticolis, t. V, 1891, p. 703.

observations permettent de soutenir ces trois ordres de constatations.

Avant d'étudier notre observation à ce triple point de vue, voyons brièvement ce qui se passe au point de vue pathologique dans un muscle rompu, atteint de myosite interstitielle, ou frappé par la syphilis.

CHAPITRE II

Les muscles de la vie animale (1) sont essentiellement constitués par des faisceaux musculaires striés. Ces faisceaux, disposés parallèlement les uns aux autres sont réunis par des fibres de tissu conjonctif très minces, entre lesquelles se trouvent les vaisseaux. Ces fibres de tissu conjonctif émanent de l'aponévrose d'enveloppe du muscle et circonscrivent nettement sur les coupes transversales, des loges d'inégale grandeur, remplies par des fibres musculaires ; ces loges et leur contenu constituent les faisceaux secondaires. Le tissu conjonctif, qui forme ces cloisons, est du tissu conjonctif lâche ordinaire contenant une assez grande quantité de fibres élastiques et de cellules graisseuses. Les éléments lymphatiques y sont très abondants au point qu'on a pu considérer ces cloisons comme de véritables gaines lymphatiques entourant les éléments constitutifs du muscle (Ranvier).

Ceci posé, étudions les lésions produites dans le muscle : 1° par les épanchements sanguins ; 2° par la myosite chronique ; 3° par la syphilis.

Les hémorrhagies intra-musculaires indépendamment des autres causes qui les produisent, peuvent être dues à la rupture d'un ou de plusieurs faisceaux. Dans ce cas, si on examine le foyer de l'hémorrhagie après durcissement dans

(1) CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histologie pathologique*, 1884, t. I, p. 517 et suiv.

l'alcool à 40°, et sur des coupes transversales minces, colorées au picro-carmin, on remarque les lésions suivantes :

« Les faisceaux musculaires sont écartés les uns des autres, et séparés par des amas de globules rouges du sang. Dans ces amas et entre les faisceaux, les capillaires et les vaisseaux de plus grand calibre sont dilatés et gorgés de sang. Dans les cas où l'hémorragie est consécutive à une rupture musculaire, les fragments opposés du muscle rompu laissent entre eux un espace plus ou moins considérable rempli de sang. Ces faisceaux présentent tantôt des altérations de dégénérescence vitreuse ; tantôt ils sont granulo-graisseux ; mais, presque toujours au point où ils sont coupés, ils sont en dégénérescence graisseuse complète. »

A ce moment, deux processus peuvent être observés : ou bien le sang est rapidement résorbé, ou bien le foyer s'organise. C'est ce second cas qui nous intéresse plus particulièrement.

M. le professeur Cornil (1) a bien voulu nous communiquer un travail publié par lui et M. Toupet en 1896 sur les hématomas. Voici ce qu'il a observé :

« On trouve habituellement à l'origine de ces hématomas un traumatisme non douteux ou une rupture musculaire consécutive à un effort, et à la suite desquels apparaît la tumeur plus ou moins appréciable à la palpation ».

« Obs. I. — Chez le malade de M. Labbé, il n'y avait pas eu de traumatisme au début. A la suite d'un mouvement brusque, le malade avait ressenti, à la partie externe de la cuisse, une

(1) CORNIL et TOUPET, Des hématomas en général et des hématomas musculaires en particulier, *Arch. des sciences médicales*, n° 6, nov. 1896.

douleur très vive qui persista pendant 15 jours. Pendant 13 ans, tous les 6 mois accès douloureux analogues. Ce n'est qu'en 1888 que le malade perçoit une petite tumeur au niveau du point douloureux. En 1894 M. Labbé enlève une portion de la tumeur. Ce fragment était de la grosseur d'une noix. Au centre se trouvait une petite cavité remplie d'un peu de bouillie brunâtre avec une paroi très anfractueuse, épaisse, fibroïde, et dans cette paroi on voyait à l'œil nu d'autres foyers hémorrhagiques très petits : puis, au fur et à mesure que l'on s'éloignait de la cavité centrale, on retrouvait au milieu de la coque fibreuse des faisceaux musculaires qui paraissaient peu altérés à la périphérie du fragment enlevé.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Des coupes ont été faites perpendiculaires, et parallèles à la direction des fibres musculaires.

Sur les coupes perpendiculaires on voit autour de la cavité centrale des éléments conjonctifs jeunes, imprégnés de granulations brunâtres provenant du pigment sanguin. En dehors de cette couche peu épaisse on trouve une zone complètement scléreuse avec çà et là des petits foyers hémorrhagiques secondaires. Dans cette région on ne voit que de gros faisceaux fibreux colorés en rose pâle par le picro-carmin et séparés les uns des autres par des traînées d'éléments embryonnaires. De cette zone fibreuse partent des travées qui entourent les faisceaux musculaires, comme on voit, dans la cirrhose hépatique, le tissu conjonctif circonscrire les lobules du foie.

Les travées vont en s'amincissant à mesure que l'on se rapproche de la périphérie et les faisceaux musculaires complètement atrophiés dans les portions centrales présentent des altérations de moins en moins prononcées quand on s'en éloigne. A la périphérie on voit très bien les coupes des faisceaux musculaires séparés par un peu de tissu cellulaire ; la gaine sarcolemmique et les champs de Conheim sont très nets ; c'est du muscle sain. Un peu plus loin, dans un faisceau on voit des fibres tuméfiées et hyalines en dégénérescence cireuse, il y a trois ou quatre fibres de ce genre dans un faisceau, les autres

sont saines et si l'on examine les fibres vitreuses à un fort grossissement, on trouve, en dedans de la gaine sarcolemmique des noyaux qui ont envahi la myolemmе. Bientôt les fibres saines deviennent très rares, et l'on a des faisceaux musculaires formés uniquement de fibres n'ayant plus conservé que la gaine sarcolemmique, renfermant un nombre variable de noyaux, jusqu'à quinze ou vingt. Le tissu conjonctif qui sépare les fibres les unes des autres s'est épaissi notablement. Les vaisseaux sanguins sont enflammés et presque oblitérés.

Les dernières fibres musculaires que l'on trouve sont pour ainsi dire isolées au milieu du tissu fibreux, c'est là qu'elles ressemblent à une cellule géante.

Sur les coupes parallèles à la direction des fibres musculaires, nous avons pu suivre la même lésion de ces fibres, et nous avons surtout constaté qu'en dernière analyse les fragments protoplasmiques contenus dans les gaines possédaient de six à 10 noyaux groupés en grappe.

« Obs. II. — Tumeur du dos, enlevée par M. Segond chez un malade de soixante ans environ. Cette tumeur très étendue présente une cavité centrale, à parois anfractueuses, et remplie d'un liquide lie de vin et de fongosités libres.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Sur les coupes colorées par divers réactifs et examinées à un faible grossissement, on voit dans l'enveloppe fibreuse de cette tumeur des vaisseaux formant un réseau très régulier, et des faisceaux musculaires de place en place, coupés en long ou en travers, d'autant moins nombreux et plus altérés qu'on les examine en allant de la périphérie vers le centre de la tumeur.

« Les faisceaux de tissu conjonctif sont généralement d'autant plus épais qu'on les considère plus rapprochés de la paroi interne de la poche. Ces faisceaux sont séparés les uns des autres par des interstices où il existe des cellules plates de tissu conjonctif. Le diamètre de ces faisceaux est identique dans la même

zone, plus mince à la périphérie qu'en se rapprochant vers le centre.

« Les vaisseaux sont partout entourés d'une zone de cellules migratrices et de cellules de tissu conjonctif qui les accompagnent sans pénétrer entre les fibres conjonctives voisines. A la limite interne de cette membrane fibreuse, il y a presque constamment une infiltration du tissu conjonctif par des cellules embryonnaires qui sont elles-mêmes remplies par places de granulations pigmentées.

« A la périphérie de la membrane fibreuse on trouve des ilots de fibres musculaires striées en dégénérescence cireuse ou vitreuse, isolées par leur sarcolemme, et le tissu conjonctif un peu épaissi. Les champs de Conheim contiennent en leur milieu des noyaux ovoïdes, en nombre variable.

Dans les zones moyennes, les muscles sont également disposés par ilots, mais le tissu conjonctif qui les sépare présente des faisceaux fibreux très épais. La striation du muscle n'est plus visible, et la substance musculaire des champs de Conheim est envahie par de très nombreux noyaux, de 8 à 12 ou davantage sur chaque coupe transversale, occupant tout le champ, aussi bien les bords sous le sarcolemme conservé, que la partie centrale. Les champs de Conheim ressemblent soit à des cellules géantes de la tuberculose, soit à de grosses cellules de cancer à noyaux multiples.

« En résumé, dans les hématomes musculaires, on trouve, en outre de l'inflammation du tissu conjonctif et de l'épaississement de ses faisceaux, une prolifération des cellules du sarcolemme. Celles-ci pénètrent dans la substance musculaire des faisceaux primitifs, les dissocient, et transforment cette substance en des blocs homogènes. Ces blocs, ayant perdu leur situation et devenus hyalins, fusionnés avec le protoplasma des cellules sarcolemmiques proliférées, constituent des cellules géantes avec un grand nombre de noyaux bourgeonnants, ou même avec un seul noyau ».

Telle est la forme sous laquelle on trouve les hématomes musculaires transformés ; voyons maintenant quelles lésions présente un muscle atteint de myosite chronique à forme scléreuse.

C'est, nous dit Lyot (1), une véritable cirrhose du muscle. Il existe à ce processus un stade prôdromal assez long, marqué par de l'hyperhémie sans autre phénomène (2). Lorsqu'elle dépasse la phase hyperhémique la myosite chronique se manifeste d'abord par la formation d'un tissu embryonnaire interstitiel, les fibres musculaires ne prennent aucune part à cette formation. Ce tissu embryonnaire, l'exsudat des auteurs, ne diffère en rien du type ordinaire. Toujours plus abondant autour des vaisseaux, il est gris, puis se vascularise rapidement, et reste ainsi prédisposé par lui-même à toutes sortes de métamorphoses ultérieures. Les faisceaux musculaires sont comprimés, s'altèrent (3) ou s'atrophient sans être dégénérés (4). C'est par le tissu conjonctif qui s'est épaissi que sont étouffées les fibres musculaires ; lorsque le processus est très avancé, les cellules migratrices disparaissent et le tissu conjonctif devenu fibreux existe seul comme preuve d'une inflammation de longue date.

En troisième lieu, indiquons les lésions produites par la syphilis sur le muscle. Elles peuvent être circonscrites ou diffuses. La forme circonscrite est la gomme syphilitique ; généralement siégeant à la surface du muscle qu'elle soulève. Elle présente à la coupe une partie centrale jaunâtre ou grisâ-

(1) LYOT, in *Traité de chirurgie de LE DENTU et DELBET*, 1896, t. III, p. 796.

(2) RINDFLEISCH, *Traité d'histologie pathologique*, 1888, p. 833.

(3) LANCEREAUX, *Traité d'anatomie pathologique*, 1885, p. III, p. 279.

(4) VOLKMANN, cité par WALTHER, *loc. cit.*

tre, solide, ou une cavité remplie d'un liquide gommeux, filant, caractéristique. Au microscope on trouve des cellules rondes, petites, avec un noyau, dispersées au sein d'une gangue fibrillaire ou fibreuse, qui est intimement unie aux fibres musculaires.

La forme diffuse ressemble par les lésions qu'elle produit à la myosite scléreuse ; elle en diffère par ce fait, que toujours les fibres musculaires sont très altérés, et que les vaisseaux présentent, outre l'infiltration embryonnaire de leur gaine, un épaissement souvent considérable de leurs parois.

Nous allons aborder maintenant l'étude de nos deux tumeurs, et entrer dans quelques détails de discussion au sujet de leur nature ; en terminant nous poserons le problème de leur pathogénie.

CHAPITRE III

OBSERVATION, présentée par nous à la *Société anatomique de Paris* le 22 novembre 1897, au nom de M. le D^r PERRIN DE LA TOUCHE, professeur d'histologie à l'Ecole de médecine de Rennes.

La fille X..., 22 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes le 8 novembre 1893, et le 15 du même mois y accouche d'un enfant du sexe féminin. La grossesse a été normale, sans accidents d'aucune sorte. Présentation : sommet en O I G A. L'accouchement, absolument normal, a commencé à 2 heures pour se terminer à 7 h. 1/2. La période d'expulsion a duré 3/4 d'heure. Dans les antécédents, nous relevons une grossesse, antérieure de 18 mois à la grossesse actuelle, suivie d'un accouchement normal. Ce premier enfant est actuellement en excellente santé.

Cette femme n'a jamais eu de fausse couche.

Les suites de l'accouchement actuel furent absolument normales, et rien, ni dans l'état de la mère ni dans celui de l'enfant n'attira l'attention du personnel de la maternité. Les recherches faites sur la fille X..., relativement à l'existence de la syphilis, furent notamment absolument négatives.

Le jour même de sa sortie de l'hôpital, la fille X... se débarrasse de son enfant en le jetant dans un vivier, c'était le 2 décembre, et le 26 du même mois le petit cadavre était retrouvé. Monsieur le D^r Perrin de la Touche, professeur d'histologie à l'Ecole de médecine de Rennes, et médecin légiste, fut immédiatement commis à l'examen dudit cadavre. Nous donnons ici son rapport qu'il a bien voulu nous communiquer.

« Je soussigné, E. Perrin de la Touche, Docteur en médecine, commis par ordonnance de M. le juge d'instruction de Rennes, ainsi conçue :

Nous, juge d'instruction de l'arrondissement de Rennes, vu la procédure suivie contre la fille X... inculpée d'assassinat ;

Requérons M. le D^r Perrin de la Touche, lequel, après avoir prêté serment, visitera et examinera le cadavre de l'enfant de la fille X..., en fera l'autopsie, et nous fera connaître dans un rapport les causes de la mort dudit enfant.

Rennes, le 28 décembre 1893.

Le juge d'instruction,

Signé : PERRUSSEL.

Ai, serment préalablement prêté, procédé le 28 décembre 1893, à l'examen et autopsie dudit cadavre.

Le cadavre est celui d'un enfant du sexe féminin mesurant 52 centimètres de long et pesant 3 kilogs 290 grammes. Les cheveux sont longs d'environ 4 centimètres. Les ongles des mains et des pieds dépassent les extrémités des doigts.

Le cordon ombilical est détaché et la cicatrisation de l'ombilic est complète.

Cet enfant présente 2 grains de vaccin au bras droit et des traces d'une éruption vésico-pustuleuse aux fesses et à la partie postérieure des cuisses.

La putréfaction se traduit par une coloration verdâtre de l'abdomen et par la desquamation de l'épiderme au moindre frottement.

La peau des pieds et des mains, blanche et plissée, indique une macération assez prolongée dans l'eau.

Il n'existe pas sur les diverses parties du corps, et notamment sur la face et le cou, de plaies, d'érosions, d'ecchymoses, ni autres marques extérieures de violence.

Dans la bouche et le pharynx on trouve un peu de boue et quelques débris de feuilles mortes. Le larynx la trachée et les bronches ne renferment pas de boue ; on y trouve quelques mucosités rougeâtres.

Il existe un peu de sérosité rosée dans les plèvres et le péricarde. Les poumons sont extrêmement volumineux, comme in-

sufflés ; ils remplissent tout le thorax. Leur surface est rosée, marbrée de plaques rouges foncées. Leur face antérieure présente quelques plaques d'emphysème ; ils sont fortement œdématisés et leur parenchyme contient une grande quantité de sérosité aérée, rougeâtre.

Le cœur droit contient un peu de sang extrêmement liquide et le sang qui s'écoule de tous les organes présente ce même caractère de grande fluidité.

L'intestin ne contient qu'une très faible quantité de liquide. Les autres viscères, foie, rate, etc., ne présentent rien de particulier à signaler.

Il n'existe pas d'épanchement sanguin sous le cuir chevelu et les os du crâne ne sont pas fracturés.

Les incisions pratiquées sur les diverses parties du corps ne révèlent aucun épanchement sanguin, aucune trace extérieure de violence.

On rencontre sur le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche, deux petites tumeurs ovoïdes, blanchâtres, d'aspect fibreux.

Les ganglions lymphatiques du cou sont augmentés de volume.

CONCLUSIONS :

1° Le cadavre est celui d'un enfant du sexe féminin âgé d'environ 15 jours.

2° La mort et le séjour dans l'eau remontent environ à trois ou quatre semaines.

3° Le cadavre ne présente pas de traces de violence, ni de lésions pathologiques auxquelles on puisse attribuer la mort, et, étant donnés les caractères spéciaux présentés par le sang et les poumons, la mort doit avoir été causée par la submersion.

Rennes, le 30 décembre 1893.

Signé : PERRIN DE LA TOUCHE.

Ce sont les deux petites tumeurs signalées à la fin de ce rapport qui attirèrent spécialement l'attention, à la dissection des organes du cou.

L'une, la plus petite, est longue de 1 centimètre environ et large de 8 millimètres ; elle siège sur le chef claviculaire, à un centimètre de l'insertion de ce chef sur la clavicule.

L'autre, plus volumineuse, fusiforme (3 cent. de long, sur 1 de large), est située sur le bord antérieur du muscle, à l'union des chefs sternal et claviculaire, mais n'occupe pas toute la largeur du muscle à cet endroit ; elle laisse derrière elle une bande de tissu musculaire normal.

Ces deux tumeurs sont fermes, résistantes, et offrent, macroscopiquement, l'aspect blanchâtre du tissu fibreux. Autour de ces tumeurs, et dans la gaine du muscle, on ne constate aucune trace d'épanchement sanguin.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Ces deux pièces, fixées par l'alcool, ont été coupées un an environ après avoir été recueillies.

Coupées dans la paraffine, elles ont été colorées au picrocarmin, au carmin aluné de Grenacher et en double coloration par l'hématoxyline et l'éosine.

Les coupes de la petite tumeur sont transversales ; la grande fut débitée en coupes longitudinales, parallèles à la direction des fibres musculaires.

Ce qui nous a tout d'abord frappé avec un faible grossissement (obj. 2, oc. 1 de Leitz), à l'examen des coupes transversales, et nous insistons tout spécialement sur ce fait, c'est que la division du muscle en faisceaux persiste d'une façon très nette. Ces faisceaux, isolés les uns des autres donnent au muscle l'aspect d'un muscle normal (planche n° 1).

Avec un grossissement plus considérable (obj. 7, oc. 4) on

s'aperçoit que cet aspect normal n'est qu'apparent. A la périphérie de la préparation, les faisceaux musculaires et leurs fibres sont absolument normaux, mais présentent des différences de volume assez considérables. Cette variation de volume existe, du reste, à l'état normal chez beaucoup de nouveau-nés. Le tissu conjonctif péri-fasciculaire est cependant plus abondant qu'à l'état normal. Les vaisseaux de cette zone, bien qu'augmentés de volume, ne présentent aucune altération de structure (planche n° 1).

Sur la limite de cette bande musculaire normale qui est peu épaisse, on voit le tissu conjonctif inter-fasciculaire s'épaissir de plus en plus et prendre un aspect fibreux. On n'y trouve qu'un très petit nombre de cellules migratrices.

Plus on avance vers le centre de la coupe, plus ce processus s'accroît. Le tissu conjonctif augmente de volume, sépare, isole les fibres musculaires qui deviennent de moins en moins volumineuses, de moins en moins nombreuses, jusqu'à disparaître totalement par endroits. Parmi celles qui subsistent encore, les unes sont très grêles, les autres ont conservé un diamètre normal.

Aucune d'elles ne paraît dégénérée. Elles sont simplement atrophiées et comme étouffées par le tissu fibreux. Les vaisseaux et les nerfs du centre de la coupe sont normaux.

Sur les coupes longitudinales, parallèles à la direction des faisceaux musculaires, on retrouve le même processus. Sur les bords de la préparation (planche n° 2) on retrouve le tissu musculaire normal, mais le tissu conjonctif interstitiel est déjà un peu abondant; puis de même que dans les coupes transversales, il prend, au fur et à mesure que l'on gagne le centre, une extension plus considérable et une structure plus

serrée ; le tissu musculaire disparaît graduellement, et nous avons même pu, sur certaines de nos préparations suivre très nettement ce processus. Ce tissu conjonctif est, comme nous l'a fait remarquer Monsieur le professeur Cornil, très nettement fasciculé est composé, par places, de cellules allongées ayant une certaine ressemblance avec des fibres musculaires lisses. C'est en somme du tissu fibreux parfaitement différencié.

Les fibres musculaires, noyées au sein du tissu conjonctif, sont petites, grêles, mais non dégénérées : leur striation est conservée mais les noyaux de la gaine sarcolemmique ne sont pas colorés. Peut-être, cette non-coloration des noyaux est-elle due au long séjour de la pièce dans l'alcool, ou même au séjour de trois semaines, qu'avait fait dans l'eau le cadavre, avant d'être retrouvé.

Les vaisseaux des coupes longitudinales, sont intéressants, en ce que, par endroits, on en trouve dont la gaine est infiltrée de cellules embryonnaires en assez grand nombre. Mais leur paroi est saine et n'est pas épaissie. Les nerfs paraissent normaux.

En résumé, il s'agit d'un processus hyperplasique du tissu conjonctif du muscle, tissu conjonctif parfaitement différencié, et formant tumeur sur le trajet du muscle sterno-cléido-mastoidien. Cette tumeur, sauf la présence dans la gaine des vaisseaux de quelques cellules d'inflammation, est exempte d'éléments jeunes. Le tout, chez un nouveau-né âgé de 15 jours.

Ceci posé, étudions les rapports que peut présenter notre observation avec les trois théories que nous avons signalées plus haut.

Considérons-nous avec Tardeus, Skrezka et autres que

toute tumeur du sterno-mastoïdien doit-être un hématome ?

Admettrons-nous avec Taylor, Clarke et les auteurs anglais que la syphilis doit jouer un grand rôle dans ce genre d'affection ?

Ou bien avec Blachez et Planteau dirons-nous qu'il ne s'agit que d'un processus purement inflammatoire ?

Nous pouvons d'abord affirmer que notre tumeur n'est certainement pas un hématome, même transformé et cela pour plusieurs raisons : D'abord, faisons remarquer que nous n'avons trouvé, ni autour de notre muscle, ni au niveau de nos tumeurs, et cela soit à l'œil nu soit au microscope, de trace d'épanchement sanguin ; nous ne parlons pas seulement d'un épanchement récent, mais aussi de cette pigmentation qui reste comme la signature d'une hémorrhagie, alors que le sang est depuis longtemps résorbé. Et l'on ne saurait invoquer le séjour prolongé du cadavre dans l'eau comme cause éventuelle de la disparition de cette pigmentation ; car, l'épiderme était intact, et maintes fois nous avons pu voir, à la Morgue, des noyés ayant séjourné longtemps dans l'eau, et chez lesquels des ecchymoses sous-cutanées persistaient, traces indéniables des violences que ces malheureux avaient pu subir avant de mourir.

En second lieu, et nous avons insisté sur ce point, le muscle a conservé sa fasciculation. Le tissu conjonctif a augmenté de volume, mais l'a fait surtout aux dépens de l'élément contractile dont il a pris la place dans les loges musculaires, sans amener de changements dans l'architecture générale du muscle. Or nous avons dit avec MM. Cornil et Ranvier, qu'un épanchement sanguin intra-musculaire, isole les fibres et détruit en partie les connexions qu'elles ont normalement entre elles.

En troisième lieu, les auteurs partisans de l'hématome lui assignent pour cause des violences exercées sur le sterno-mastoïdien, au cours d'un accouchement difficile, soit en présentation du siège, soit terminé par application de forceps. Mais dans le cas que nous rapportons, l'accouchement a été absolument normal, rapide même, et n'a nécessité aucune intervention.

Enfin, sans insister ici sur le degré d'organisation du tissu conjonctif, organisation peut-être bien parfaite pour un processus datant de 15 jours seulement, nous pouvons comparer la description de notre tumeur à celle donnée par M. le professeur Cornil des hématomes musculaires anciens, et que nous avons citée plus haut.

Dans les observations qu'il rapporte, il décrit au centre des deux tumeurs une cavité remplie d'un liquide hématique, et autour de cette cavité, des lésions très nettes de sclérose musculaire, de myosite, avec présence d'une grande quantité de cellules migratrices et dégénérescence cireuse d'un grand nombre de fibres musculaires. Dans notre tumeur, au contraire, le centre est complètement organisé, sans trace de cavité si petite soit-elle. Le tissu conjonctif ne paraît pas enflammé ; seule, par places, la gaine des vaisseaux est infiltrée de quelques cellules migratrices. Enfin, en aucun point, l'élément contractile n'est atteint par des lésions de dégénérescence.

L'idée d'hématome musculaire doit donc être écartée ; en sera-t-il de même de la syphilis congénitale ?

Au point de vue syphilitique, avons-nous dit plus haut, rien n'a pu être relevé, ni dans les antécédents de la mère, ni au moment de son accouchement. J'ajouterai qu'à la maison

centrale de Rennes où cette femme est restée 4 ans, elle n'a jamais présenté d'accidents.

Le père nous est inconnu, mais on peut, croyons-nous, admettre qu'il n'était pas syphilitique, puisque l'enfant, admirablement constitué, est venu à terme, et l'on sait l'importance de cette diathèse paternelle au point de vue du pronostic pour l'enfant, ou plutôt pour le fœtus.

Quant à l'enfant lui-même il ne présentait aucune des manifestations de la syphilis congénitale. Il est vrai que ces manifestations n'apparaissent guère pour la plupart que vers la troisième ou la quatrième semaine, au moins s'il s'agit de troubles cutanés; mais la plus précoce, celle que l'on peut rencontrer aussitôt après la naissance, le pemphigus, a complètement fait défaut. L'enfant présentait bien, sur les fesses et la partie supérieure et postéro-interne des cuisses, les traces d'une éruption vésico-pustuleuse, assez altérée d'ailleurs par le séjour dans l'eau; mais, il en restait assez pour que nous soyons autorisés à y voir les traces d'une irritation produite par les liquides excrémentitiels bien plutôt que des manifestations cutanées de la syphilis. C'est d'ailleurs à cette opinion que se rallie le P^r Perrin de la Touche qui a pratiqué l'autopsie, et qui pensant d'abord à la syphilis a recherché avec soin s'il n'existait pas dans les viscères de manifestations de cette diathèse.

De plus, les viscères sur lesquels l'hérédo-syphilis met le plus volontiers sa signature, le foie et la rate, étaient absolument normaux soit dans leur volume, soit dans leur aspect macroscopique.

Enfin, au microscope nous ne retrouvons aucune des lésions musculaires de la syphilis. D'après les descriptions que

nous avons données plus haut, il est facile de voir qu'il ne s'agit pas d'une gomme ; il ne s'agit pas non plus d'une myosite chronique d'origine diathésique. En effet, nous n'avons pas cette infiltration embryonnaire si abondante que signale Lancereaux, et que nous avons pu constater dernièrement, dans le laboratoire de M. le D^r Porak, à la Charité.

Les vaisseaux sont normaux comme structure, et ne présentent pas l'épaississement de leurs parois comme c'est la règle dans les myopathies syphilitiques. Enfin, l'élément contractile n'est pas dégénéré, et il l'est toujours dans les cas de syphilis musculaire.

Il ne s'agit donc pas d'un processus dû à l'hérédo-syphilis. Reste à envisager le troisième côté de la question, est-ce une myosite scléreuse ?

Nous croyons pouvoir nous ranger à ce diagnostic, auquel répond bien la description de nos tumeurs, d'autant que nos fibres musculaires ne sont pas dégénérées ; c'est un caractère indiqué par Volkmann et Volbert (1) dans les cas de myosite scléreuse même de date ancienne.

D'autre part, la présence de cellules embryonnaires, qui ont encore persisté par places dans la gaine des vaisseaux, indique bien un processus d'inflammation.

Mais nous ne saurions lui assigner comme cause un traumatisme pendant l'accouchement. Ce dernier, avons-nous dit, a été normal et rapide, mais on a signalé des cas où il existait des tumeurs du sterno-mastoïdien même après des accouchements normaux et rapides ; si l'on admet donc la possibilité d'un traumatisme, comment faire concorder le

(1) In *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, Art. WALTHER, Torticollis, 1894, t. V, p. 703.

degré avancé de l'organisation du tissu conjonctif dans les deux tumeurs, avec l'idée d'un trauma subi par le muscle 15 jours avant ?

La myosite scléreuse, nous l'avons vu, est précédée d'un stade prodromal assez long (1); et si l'on se rappelle que toute trace de tissu embryonnaire a disparu du tissu conjonctif de ces tumeurs, si l'on tient compte du temps qu'il faut à une sclérose pour s'organiser chez un adulte comme elle l'est chez notre nouveau-né, on admettra difficilement qu'on puisse incriminer l'accouchement dans la production de semblables lésions.

Avant nous, d'ailleurs, M. Kirmisson (2), parlant du torticollis congénital, dit qu'il est difficile de savoir si ce torticollis est d'origine intra-utérine, ou d'origine obstétricale.

Et nous croyons avec lui, que, dans notre observation certainement, et peut-être dans quelques autres, le traumatisme pendant l'accouchement ne saurait être incriminé, et qu'il faut remonter à la vie intra-utérine pour trouver la vraie cause de certaines tumeurs du sterno-mastoïdien.

Cette cause, la trouvera-t-on dans les accidents de la grossesse, ou dans les attitudes vicieuses que peut prendre le fœtus ? Nous ne nous prononçons pas sur ce point intéressant, laissant à de plus compétents le soin de trancher définitivement la question.

(1) LYOT, *loc. cit.*

(2) KIRMISSON, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*. Du torticollis, 1890, p. 254.

CONCLUSIONS.

I. — On rencontre assez fréquemment dans le muscle sterno-mastoïdien des nouveau-nés, soit au moment même de leur naissance, soit quelque temps après, des tumeurs dures, de volume variable, de consistance presque cartilagineuse.

II. — Ces tumeurs peuvent être le résultat d'un traumatisme dû à l'accouchement et, dans ce cas, sont, ou bien des hématomes s'il y a eu rupture de quelques fibres musculaires, ou bien s'il n'y a eu qu'un tiraillement du muscle, le résultat d'une inflammation du tissu conjonctif : une myosite scléreuse d'origine traumatique.

III. — Elles peuvent aussi être produites par la syphilis congénitale.

IV. — Enfin, chez des sujets absolument indemnes de syphilis, indépendamment de tout trauma sérieux pendant l'accouchement, on trouve de ces tumeurs où le tissu conjonctif hypertrophié est arrivé à un degré d'organisation tel, qu'il faut admettre dans leur production une cause autre que celles invoquées jusqu'à présent et plus ancienne, une cause intra-utérine.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- Giovani Melchiori.** — *Gazetta medica italiana. Provincia sarde*, 1891.
- Wilks.** — *The Lancet*, 3 janvier 1862, p. 262.
— *Archives de médecine*, 1863, p. 232.
- F. Taylor.** — *The Chicago medical Journal*, novembre 1875, p. 820.
— *The pathological society med. Times*, 28 novembre 1874, p. 618.
— *Revue des sciences médicales*, t. V, 2^e fascicule, 1875, p. 629.
- Traisnel.** — Thèse Paris, 1876, n^o 274.
- Blachez et Planteau.** — Une variété de tumeurs de la région cervicale chez les nouveau-nés. *Gaz. hebdomadaire*, 1876, p. 305.
- Blachez.** — *Bulletin de la société médicale des hôpitaux*, 1884, p. 358.
- Arnott.** — *St-Thomas's hospital reports*, 1874, p. 358.
— *Revue des sciences médicales*, t. VI, 2^e fascicule, 1875, p. 557.
- Peraté.** — *Gazette hebdomadaire*, 1876, p. 329.
- Bohn.** — *Deutsche Klinik*, 1864, n^o 28.
- Fasbunder.** — *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1873, n^o 25.
— *Revue des sciences médicales*, 1873, t. II, p. 741.
- Tillaux.** — *Traité d'anatomie topographique*, 1894, p. 441.
- Paget.** — *The Lancet*, 1863.
— *Union médicale*, 25 mars 1865.
- Labalbary.** — *The Lancet*, 5 janvier 1862.
— *Gazette des hôpitaux*, 1862.
- Winslow.** — *The London medical Record*, 15 mai 1876.
- Gillette.** — In *Dictionnaire de Dechambre*, 1878, t. XXI, article Cou, p. 167 et 347.
- Lecuyer.** — Thèse Paris, 1881, n^o 176.
- Tardeus.** — Mémoire in *Journal de médecine, chirurgie et pharmacologie de Bruxelles*, 1882, p. 318.
- Lebreton.** — Thèse Paris, 1882-83, n^o 297.
- Bimas.** — *Gazette hebdomadaire des sc. méd. de Montpellier*, 1883, n^o 4, p. 42.
- Doyen.** — *Archives de médecine*, mai 1883.
- De Saint-Germain.** — *Chirurgie orthopédique*, 1883, p. 203.
- Hénoch.** — *Leçons cliniques sur les maladies de l'enfance*, trad. franç., 1885.

Kirmisson. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur.*
Du torticolis, 1890, p. 254.

Batut. — Mémoire in *Journal des maladies cutanées et syphilitiques.*
— *Journal de méd. et chirurg. pratiques*, 1895, p. 676.

Cornil et Ranvier. — *Traité d'histologie pathologique*, 1881, t. I, p. 517
et suiv.

Cornil et Toupet. — *Archives des sciences médicales*, n° 6, novembre
1896.

Rindfleisch. — *Traité d'histologie pathologique*, 1888, p. 833.

Lancereaux. — *Traité d'anatomie pathologique*, 1885, t. II, p. 279.

Walther. — In *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*. Art. Torticolis,
t. V, 1891, p. 703.

Lyot. — In *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, 1896, t. III,
p. 796.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — *Traité d'accouchements*. Sy-
philis du nouveau-né.

Coyne. — *Traité d'anatomie pathologique*, 1894, t. I, p. 285.

Vu :

Le Président de la thèse,

CORNIL.

Vu :

Le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

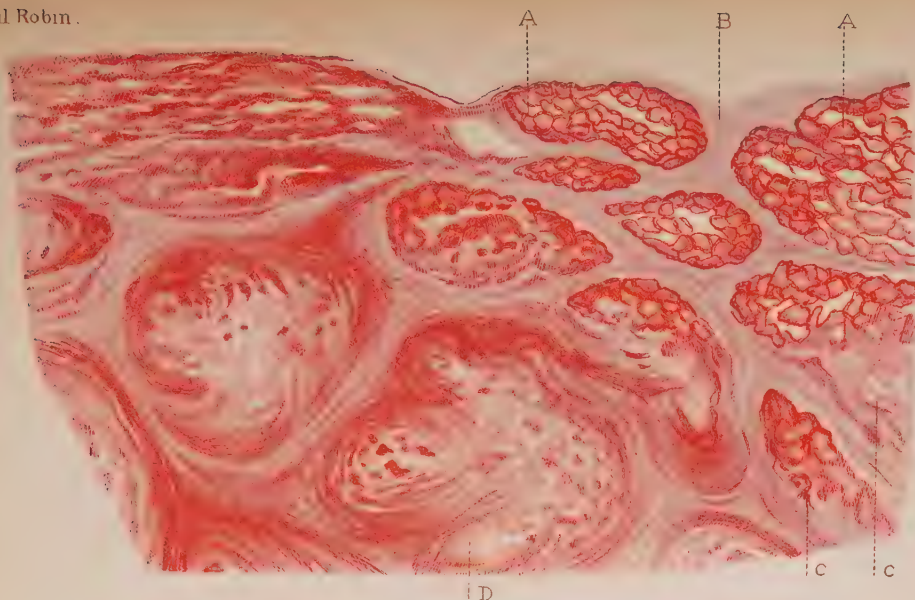


Fig. 1.

- A Faisceaux musculaires intacts.
- B Perimysium.
- C Faisceaux musculaires commençant à être envahis par le tissu fibreux.
- D — — complètement envahis et remplacés par le tissu fibreux.

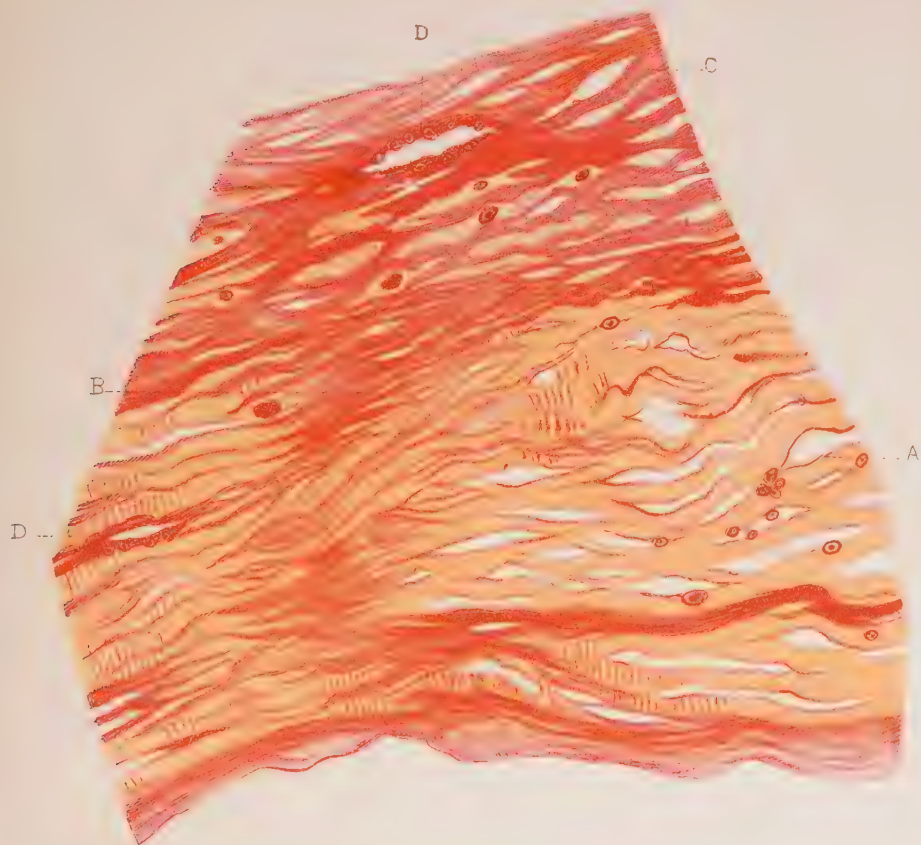


Fig 2.

- A Faisceaux musculaires normaux au sein des faisceaux on voit en
- B Le tissu conjonctif s'épaissir et les fibres musculaires diminuer de nombre
- C Le tissu musculaire a complètement disparu, il ne reste plus que du tissu conjonctif.
- D Vaisseaux dont la gaine est infiltrée de cellules embryonnaires.



Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier
